

Chapitre I.

Traitement, réadaptation et réinsertion sociale des personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues: éléments essentiels de la réduction de la demande de drogues

A. Généralités

1. Le souci de la santé physique et morale de l'humanité constitue le fondement du régime international de contrôle des drogues. La Convention unique sur les stupéfiants de 1953 telle que modifiée par le Protocole de 1972⁴, la Convention sur les substances psychotropes de 1971⁵ et la Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988⁶, que l'on appelle collectivement les conventions internationales relatives au contrôle des drogues, mentionnent toutes cette préoccupation. Pour assurer la santé physique et morale de l'humanité, les conventions imposent aux États parties de prendre des mesures en vue du traitement, de la réadaptation et de la réinsertion sociale des personnes touchées par des problèmes de drogue (article 38 de la Convention de 1953 et article 20 de la Convention de 1971). L'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) a insisté sur ce point dans son rapport annuel pour 2015⁷.

2. Le traitement des troubles liés à l'usage de drogues, la réadaptation et la réinsertion sociale comptent parmi les principaux objectifs opérationnels visés par les recommandations sur la réduction de la demande de drogues qui figurent dans le document final de la trentième session extraordinaire de l'Assemblée générale, intitulé

“Notre engagement commun à aborder et combattre efficacement le problème mondial de la drogue⁸”. Dans ce document, l'Assemblée a reconnu que la toxicomanie était un trouble de santé complexe de nature chronique et récidivante qu'on pouvait soigner par des programmes de traitement volontaires fondés sur des données scientifiques et elle a appelé à renforcer la coopération internationale aux fins de l'élaboration et de la mise en œuvre d'initiatives de traitement.

3. L'usage de substances psychoactives qui entraînent une modification de l'humeur touche toutes les civilisations humaines depuis des millénaires. Dans le cas de certaines substances ou dans certains contextes, il peut se traduire par des pratiques à caractère pathologique auxquelles il est nécessaire de s'attaquer. À travers l'histoire, les sociétés ont fait preuve de divers degrés de tolérance, de laxisme et de contrôle envers l'usage de substances psychoactives. Certaines de celles-ci, comme le tabac et l'alcool, ont été réglementées de façon plus ou moins rigoureuse dans la plupart des sociétés. D'autres, jugées nocives, ont de ce fait été placées sous contrôle strict. C'est le cas des stupéfiants et des substances psychotropes soumis à contrôle au titre des conventions internationales relatives au contrôle des drogues.

4. Indépendamment du degré de contrôle, de réglementation et d'approbation ou de désapprobation de la société, un facteur commun à toutes les substances psychoactives, appelées “drogues” dans le présent chapitre par souci de

⁴Nations Unies, *Recueil des Traités*, vol. 976, n° 14152.

⁵Ibid., vol. 1019, n° 14956.

⁶Ibid., vol. 1582, n° 27627.

⁷E/INCB/2015/1, par. 1.

⁸Résolution S-30/1 de l'Assemblée générale, annexe.

concision, est leur propension à entraîner des troubles liés à l'usage de drogues lorsqu'elles sont consommées de manière aussi bien fréquente qu'occasionnelle. Les troubles liés à l'usage de drogues sont associés à des niveaux importants de maladie (morbidité) et d'incapacité, pèsent sur les ressources nationales et causent d'immenses souffrances humaines. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime que la charge mondiale de morbidité imputable à la consommation d'alcool et à l'usage illicite de drogues représente 5,4 % de la charge de morbidité totale⁹. Plus spécifiquement, la toxicomanie compte pour 0,9 % de la charge mondiale de morbidité, toutes causes confondues, exprimée en années de vie corrigées de l'incapacité, la dépendance aux opioïdes étant le phénomène qui pèse le plus lourd à cet égard¹⁰. Le lien entre l'usage de drogues et certains risques de santé publique, tels que la propagation de l'infection à VIH et d'autres infections hématogènes, ajoute une dimension supplémentaire aux conséquences sanitaires. Il faut donc que des mécanismes et systèmes soient mis en place dans tous les pays et territoires pour apporter aide et secours aux personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues.

B. Traitement, réadaptation et réinsertion sociale comme éléments essentiels de la réduction de la demande

5. La réduction de la demande de drogues implique deux approches qui se recoupent tout en étant distinctes: la prévention de l'entrée dans l'usage (prévention primaire) et le traitement, la réadaptation et la réinsertion sociale.

6. Les interventions destinées à réduire la demande mettent souvent l'accent sur la prévention primaire. Celle-ci bénéficie fréquemment d'un appui plus ferme et, par conséquent, occupe une plus grande place dans les cadres et les programmes de réduction de la demande. On considère néanmoins que de nombreuses activités de prévention primaire s'appuient sur des données

insuffisantes, qu'elles ont une portée limitée et qu'elles sont d'une qualité indéterminée¹¹. L'importance que revêtent le traitement, la réadaptation et la réinsertion sociale des personnes touchées par des troubles liés à l'usage de drogues (qui sera examinée plus loin dans le présent chapitre) doit être davantage reconnue. Il y a des raisons impérieuses pour lesquelles les gouvernements devraient investir dans des services de traitement et de réadaptation:

a) Les personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues voient leur santé physique et mentale ainsi que leur bien-être considérablement affectés, tandis que leur qualité de vie et leur productivité diminuent;

b) Certaines personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues peuvent recourir à des actes illicites ou criminels pour financer leur consommation, perpétuant ainsi le cercle vicieux de l'addiction et de la souffrance, et contribuant à accroître le fardeau de la criminalité qui pèse sur la société;

c) Des recherches montrent que la pression exercée par les pairs est un facteur important de l'entrée dans l'usage de drogues. Ainsi, offrir un traitement aux personnes toxicodépendantes réduit le risque que d'autres personnes commencent à prendre des drogues sous leur influence. En d'autres termes, les services de traitement et de réadaptation destinés aux personnes souffrant de troubles peuvent permettre d'éviter que d'autres personnes faisant partie de leur réseau consomment des drogues;

d) En tant que Parties aux traités internationaux relatifs au contrôle des drogues, les gouvernements sont tenus de proposer des services de traitement aux personnes dépendantes. L'article 38 de la Convention de 1961 et l'article 20 de la Convention de 1971 leur imposent d'envisager avec une attention particulière la dépendance à la drogue et de prendre toutes les mesures possibles pour la prévenir et pour assurer le traitement, la réadaptation et la réinsertion sociale des personnes qui en souffrent, de coordonner leurs efforts à cette fin et d'encourager la formation d'un personnel dans ces domaines;

e) Respecter le droit aux services de santé et de traitement des personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues contribuera à réduire la stigmatisation et la discrimination associées à ces troubles;

⁹Organisation mondiale de la Santé (OMS), données provenant de l'Observatoire mondial de la Santé, Resources for the prevention and treatment of substance use disorders. Disponible (en anglais) à l'adresse: www.who.int/gho/substance_abuse/en/.

¹⁰Louisa Degenhardt *et al.*, "Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the *Global Burden of Disease Study 2010*", *The Lancet*, vol. 382, n° 9904, 9 novembre 2013), p. 1564 à 1574.

¹¹*Rapport mondial sur les drogues 2015* (publication des Nations Unies, numéro de vente: E.15.XI.6), chap. I, sect. D, "Quels sont les moyens efficaces pour prévenir l'usage de drogues ?".

f) Il ressort invariablement des études menées qu'investir dans le traitement permet aux gouvernements de réaliser des économies. Le coût financier qu'entraîne la fourniture d'un traitement est nettement inférieur à celui qu'occasionnent les troubles liés à la drogue et les problèmes connexes comme le chômage, l'absentéisme, la criminalité (y compris les coûts liés à l'administration de la justice pénale, à la détection et à la répression), la morbidité, la mortalité précoce et l'incapacité;

g) Pour réaliser l'objectif 3 de développement durable (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge), il est crucial de prendre des mesures en vue d'atteindre la cible 3.5 (Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances psychoactives).

7. Il existe un écart important au niveau mondial dans la disponibilité des ressources nécessaires aux services de traitement et de réadaptation. L'OMS a estimé qu'à l'échelle mondiale, seul 1,7 lit pour 100 000 habitants était réservé au traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme, le nombre de lits disponibles dans les pays dont le revenu se situe dans la tranche supérieure des revenus intermédiaires étant 10 fois supérieur à celui enregistré dans les pays dont le revenu se situe dans la tranche inférieure (7,1 lits pour 100 000 habitants dans le premier cas, 0,7 dans le deuxième)¹². L'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDD) rapporte que dans le monde, seule 1 personne sur 6 parmi celles qui ont besoin d'une prise en charge a accès à des programmes de traitement de la toxicomanie. Pour l'Amérique latine, ce chiffre est de 1 personne sur 11 et pour l'Afrique, de 1 sur 18, ce qui montre que l'insuffisance des ressources est plus prononcée dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Alors que les pays à revenu élevé consacrent environ 50 dollars par personne et par an à la santé mentale, les pays à revenu faible ou intermédiaire n'y consacrent que 2 dollars environ. En outre, il existe généralement des inégalités d'accès aux services de traitement et de réadaptation à l'intérieur des pays. Par exemple, les systèmes de santé sont souvent équipés pour prendre en charge les troubles liés à l'usage d'alcool, mais pas ceux liés à l'usage de drogues. Les services de traitement de la toxicomanie ont tendance à n'être disponibles que dans les grandes villes. De même, alors que la prévalence de la toxicomanie est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, les femmes touchées par des problèmes de drogue ont,

en proportion, un accès bien moindre aux services de traitement et de réadaptation, pour des raisons de stigmatisation et à cause du manque de services de traitement adaptés à leurs besoins¹³. Un autre aspect important de l'écart observé au niveau du traitement est la différence dans les types de traitement disponibles et accessibles. À l'échelle mondiale, plus d'un tiers des pays disent proposer des interventions psychosociales, alors que moins d'un quart indiquent offrir des interventions pharmacologiques, bien qu'il existe des preuves solides de l'efficacité de ces dernières dans le traitement de nombreux types de troubles liés à l'usage de drogues. En outre, lorsque des services de traitement sont disponibles et accessibles, ils peuvent être de piètre qualité, et il arrive que les interventions ne soient pas fondées sur des données factuelles ou ne s'appuient pas sur des normes ou directives internationales.

C. Notions de base concernant les troubles liés à l'usage de drogues

8. Il est important de faire la distinction entre des termes tels que "usage de drogues", "abus de drogues", "usage nocif de drogues", "dépendance à la drogue" et "addiction à la drogue", car un mauvais emploi de la terminologie peut contribuer à la stigmatisation et à la discrimination. Du point de vue de la justice pénale, dans certains pays, même une prise unique d'une substance psychoactive classée comme stupéfiant ou comme substance psychotrope peut être frappée d'une sanction¹⁴. Du point de vue des sciences de l'addiction et du comportement, cependant, le fait de prendre une fois de la drogue ne revêt pas nécessairement de caractère pathologique. Ce sont les pratiques d'usage et les conséquences qui en découlent qui font la différence entre comportements pathologiques et non pathologiques, quoique souvent dangereux.

9. La dixième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10) décrit deux grandes entités diagnostiques en rapport avec l'usage de drogues présentant de l'intérêt ici: l'utilisation nocive pour la santé et le

¹³ONU-Femmes, "A gender perspective on the impact of drug use, the drug trade, and drug control regimes", Note d'orientation (juillet 2014).

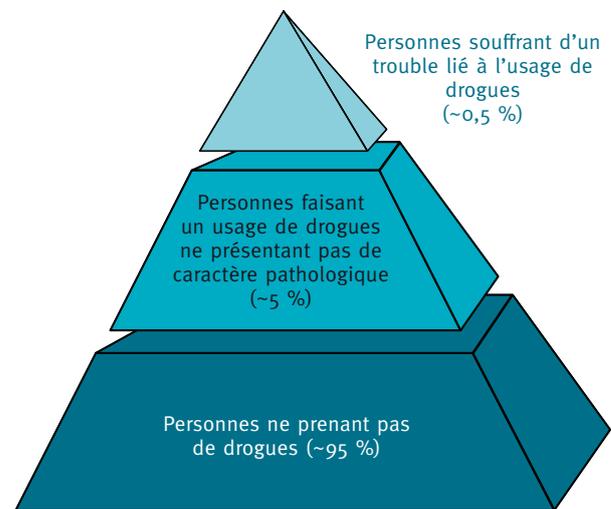
¹⁴L'OICS a précisé à maintes reprises qu'au regard des traités des Nations Unies relatifs au contrôle des drogues, les Parties n'étaient pas tenues d'infliger des sanctions pénales aux personnes faisant usage de drogues.

¹²OMS, *Atlas on Substance Use (2010): Resources for the Prevention and Treatment of Substance Use Disorders* (Genève, 2010).

syndrome de dépendance. L'utilisation nocive de drogues s'entend d'un mode de consommation qui est préjudiciable à la santé physique ou mentale de la personne. La dépendance à la drogue est un état dans lequel l'usage devient l'une des premières priorités de l'usager et s'accompagne de toute une série de comportements connexes. Le terme plus ancien d'"addiction", dont le sens est très proche de celui de "dépendance", est bien ancré dans la littérature scientifique et le langage populaire et continue donc d'être employé. Le terme "abus de drogues" a été utilisé comme entité diagnostique par le passé, mais il a été largement remplacé par "usage nocif de drogues" et "troubles liés à l'usage de drogues". En conséquence, les termes principalement employés dans ce chapitre sont "usage de drogues" et "troubles liés à l'usage de drogues".

10. Les personnes qui commencent à prendre de la drogue peuvent, à mesure que leur usage et ses conséquences néfastes s'intensifient, atteindre les stades de l'usage nocif et, à terme, de la dépendance. L'usage, l'usage nocif et la dépendance forment un continuum caractérisé par une gravité et une fréquence d'usage croissantes. Dans toute société, les pratiques d'usage peuvent être représentées sous la forme d'une pyramide. Comme on peut le voir dans la figure ci-dessous, la base de cette pyramide est constituée des personnes qui ne consomment pas du tout de drogues. Le niveau intermédiaire représente un groupe plus réduit de personnes qui font certes usage de drogues mais dont les pratiques ne revêtent pas un caractère pathologique. Enfin, la plus petite section, le sommet de la pyramide, représente les personnes qui souffrent de troubles liés à l'usage de drogues. Il importe de noter que, bien que ces personnes constituent la plus petite portion de la pyramide, elles sont à l'origine de la plus grande part des dommages et des conséquences néfastes subis par les usagers et de la plus lourde charge de morbidité connexe imposée à l'ensemble de la société. Dans le *Rapport mondial sur les drogues 2017*, l'ONUDC a fait observer qu'au niveau mondial, 28 millions d'années de vie en bonne santé avaient été perdues en 2015 en raison de l'usage de drogues. Sur ce nombre, 17 millions d'années de vie en bonne santé avaient été perdues du fait de troubles liés à l'usage de drogues, même si seulement 10 % environ des personnes faisant usage de drogues en souffraient. Malheureusement, dans le monde, seule une personne sur six parmi celles qui souffrent de troubles liés à cet usage a accès à des services de traitement. La priorité devrait donc consister avant tout à mettre des services de traitement et de réadaptation à la disposition des personnes souffrant de tels troubles. Toutefois, les personnes qui font usage de drogues mais ne souffrent pas de troubles associés peuvent également avoir besoin d'être aidées pour éviter que leurs problèmes ne s'aggravent.

Pyramide des pratiques d'usage de drogues (schématique)



D. Facteurs associés aux troubles liés à l'usage de drogues

11. Les troubles liés à l'usage de drogues doivent être considérés comme étant d'origine biopsychosociale. Il n'existe pas de facteur unique qui amène un individu à faire usage de drogues. Divers facteurs de risque et de protection interagissent et peuvent déboucher sur l'usage puis la dépendance. Parmi eux, on peut citer la personnalité constitutive de l'individu, ainsi que des facteurs génétiques et biologiques qui trouvent leurs origines dans les dysfonctionnements cérébraux de nature neurobiologique existant chez des usagers de drogues. Il existe en outre des facteurs environnementaux. Parmi ces derniers, un certain nombre de facteurs sociaux, culturels et juridiques accroissent le risque qu'une personne fasse usage d'une drogue puis devienne dépendante. Le laxisme d'une société ou d'une culture à l'égard de l'usage d'une drogue peut augmenter la disponibilité de celle-ci, ce qui joue sur le risque que des personnes en consomment. De même, il a été constaté que le dénuement socioéconomique était lié au risque d'usage de drogues, et les drogues peuvent être utilisées comme une forme d'automédication pour faire face à des problèmes personnels qui découlent parfois de difficultés vécues pendant l'enfance, telles que la maltraitance, le délaissement et autres formes de dysfonctionnement du ménage. Enfin, le risque peut également être influencé par des facteurs liés aux drogues, certaines étant plus susceptibles que d'autres d'entraîner des troubles. Certaines drogues, comme les opioïdes, sont

considérées comme plus addictives que d'autres, telles que le cannabis. Plusieurs facteurs responsables de la dépendance échappent au contrôle des usagers. Les gens ne choisissent pas leurs propres vulnérabilités sur le plan génétique ou biologique, ils n'ont pas le pouvoir d'influer sur les pratiques culturelles de leur quartier et ils n'ont aucun contrôle sur les lois et politiques nationales qui déterminent la disponibilité des drogues. La mesure dans laquelle ils peuvent maîtriser le risque de dépendance à la drogue ou peser sur ce risque est une question controversée¹⁵. Ainsi, les personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues ne doivent pas être considérées comme des victimes, mais comme des patients, et il convient de ne pas les traiter comme si elles se livraient délibérément à des comportements indésirables ou illicites. Le cadre idéal pour les aider est celui du traitement et de la réadaptation.

E. Évolution et trajectoire des troubles liés à l'usage de drogues et guérison

12. Après leur apparition, les troubles liés à l'usage de drogues évoluent comme d'autres maladies chroniques non transmissibles, telles que le diabète ou l'hypertension. Les traitements de toutes ces maladies ont certaines caractéristiques en commun:

a) Le traitement fait reculer les symptômes, sans nécessairement éliminer la cause première de la maladie;

b) Le changement de comportement et de mode de vie est un aspect important du traitement;

c) Les rechutes sont courantes, en dépit du traitement.

13. Il est possible de guérir des troubles liés à l'usage de drogues, mais cela implique souvent de s'y reprendre à plusieurs fois et de s'engager à long terme dans les programmes de traitement. Pour la plupart des patients, la guérison est un processus qui dure plutôt qu'un événement ponctuel. La majorité des personnes souffrant de tels troubles recommencent généralement à consommer des drogues après un épisode de traitement. L'écart (cas

isolé d'usage après avoir atteint l'abstinence) et la rechute (usage suivant un schéma de dépendance après avoir atteint l'abstinence) sont considérés comme des étapes prévisibles et à part entière du processus de guérison. Il n'est pas réaliste de s'attendre à ce que quelqu'un parvienne à une abstinence durable après un épisode de traitement de courte durée, de même qu'il n'est pas réaliste de s'attendre à ce qu'un patient souffrant d'hypertension obtienne une tension artérielle normale au bout d'un an si la prise de médicaments antihypertenseurs n'a duré que quelques jours avant d'être progressivement réduite. Les programmes de traitement et de réadaptation devraient donc être conçus comme des interventions à long terme intégrant des stratégies de prévention de la rechute. Point important, les lois et les politiques nationales ne devraient pas sanctionner les usagers en cas de rechute. Il convient de noter que, face aux troubles liés à l'usage de drogues, le traitement fonctionne. En d'autres termes, la science moderne des soins de santé offre des stratégies efficaces de traitement de ces troubles. Le critère le plus pertinent pour prédire la réussite d'une prise en charge est la rétention en traitement aussi longtemps que nécessaire.

14. L'idée que les personnes souffrant de dépendance à la drogue ne veulent pas cesser d'en consommer est un mythe répandu. Les tentatives infructueuses d'arrêt de la consommation sont un signe caractéristique et un élément diagnostique de la toxicomanie. C'est le manque de disponibilité de services de traitement appropriés et acceptables et d'accessibilité de ces services qui prive les personnes touchées de la possibilité de réduire leur comportement toxicomaniaque ou d'y mettre fin. Dans une enquête récemment réalisée au Punjab (Inde), il a été rapporté que parmi les personnes dépendantes aux opioïdes, dont on estimait que le nombre était supérieur à 232 000, plus de 80% avaient tenté d'arrêter leur consommation. Toutefois, seuls 15% environ avaient un jour reçu une aide du secteur organisé, ce qui indiquait une demande forte mais une faible disponibilité de services de traitement¹⁶.

15. Même après être parvenues à l'abstinence, de nombreuses personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues éprouvent des difficultés à retrouver leur place et leur statut au sein de leur famille et de la société où ils vivent. La stigmatisation associée à cet usage constitue un obstacle sérieux sur la voie de la guérison. Dans une étude réalisée dans 14 pays du monde entier pour le compte de l'OMS, il a été constaté que sur 18 pathologies, l'addiction à la drogue présentait le plus haut degré de

¹⁵Allison Kurti et Jesse Dallery, "Review of Heyman's addiction: a disorder of choice", *Journal of Applied Behaviour Analysis*, vol. 45, n° 1 (2012), p. 229 à 240.

¹⁶Inde, Ministère de la justice sociale et de l'autonomisation, et Gouvernement du Punjab, Département de la santé et du bien-être de la famille, "Punjab opioid dependence survey: brief report". Disponible (en anglais) à l'adresse: <http://pbhealth.gov.in/>.

stigmatisation ou de désapprobation sociale¹⁷. Les programmes nationaux de réduction de la demande doivent s'attaquer à la stigmatisation et à la discrimination et favoriser la réadaptation et la réinsertion sociale pour donner aux personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues la possibilité de retrouver leur place dans la société en tant que citoyens responsables et productifs.

16. Les résultats du traitement de la dépendance à la drogue ne devraient pas être exprimés uniquement de façon binaire selon qu'il y a poursuite de l'usage ou, au contraire, abstinence totale. Il a été démontré que même sans parvenir à l'abstinence totale, certaines personnes peuvent réussir à réduire les conséquences néfastes de leur usage et mener ensuite une vie relativement stable et productive. Outre la réduction de l'usage de drogues, l'amélioration de la santé personnelle et du fonctionnement social (emploi, famille et relations sociales) ainsi que la réduction des comportements à risque ou de la criminalité sont autant de résultats valables et souhaitables. Ainsi, les services de traitement et de réadaptation ne devraient pas rester exclusivement axés sur l'objectif final qu'est l'arrêt de l'usage de drogues mais devraient aussi prendre en compte les objectifs intermédiaires que sont la réduction de l'usage et de ses conséquences néfastes comme faisant partie intégrante du processus menant à la réadaptation et à la réinsertion sociale complètes.

F. Principes de traitement

17. Les troubles liés à l'usage de drogues sont des affections curables pour lesquelles il existe des solutions efficaces de traitement et de réadaptation. Ils sont considérés comme des affections bio-psycho-sociales complexes et leur traitement est tout aussi complexe et multiforme. Afin d'être efficace, le traitement doit généralement comprendre plusieurs facettes touchant à différents aspects de la dépendance et de ses conséquences. L'OMS et l'ONUDC ont défini neuf principes de traitement de la toxicomanie¹⁸:

Principe 1. Disponibilité, accessibilité, coût abordable, attractivité et adéquation du traitement de la toxicomanie. Les personnes souffrant d'addiction à la drogue devraient avoir accès à un large éventail de services de traitement répondant à des besoins variés. Des facteurs tels qu'un

coût abordable, la proximité géographique, des délais d'attente limités et la flexibilité des heures d'ouverture, la convivialité et la capacité d'adaptation aux besoins des patients contribuent à rendre le traitement accessible.

Principe 2. Dépistage, évaluation, diagnostic et planification du traitement. Une procédure complète de diagnostic constitue le fondement d'une approche thérapeutique efficace et personnalisée. Elle implique un dépistage (par exemple de l'usage de drogues et de comportements à risque connexes), une évaluation et un diagnostic (par exemple de la dépendance à la drogue et d'autres maladies psychiatriques concomitantes), une évaluation générale (par exemple de l'état d'avancement et de la gravité de la maladie, ainsi que du tempérament, du caractère et de la situation professionnelle de la personne) et un plan de traitement personnalisé.

Principe 3. Traitement de la toxicomanie s'appuyant sur des données factuelles. Les normes rigoureuses qui s'appliquent pour l'approbation du traitement d'autres affections doivent également s'appliquer au traitement de la toxicomanie. Ainsi, les traitements de la toxicomanie approuvés dans un pays donné devraient tous s'inspirer des bonnes pratiques fondées sur les données factuelles les plus récentes et les connaissances scientifiques accumulées, compte tenu de l'évolution constante des sciences de la santé.

Principe 4. Traitement de la toxicomanie, droits fondamentaux et dignité du patient. Les toxicomanes ne devraient pas être victimes de discrimination en raison des drogues dont ils ont fait usage par le passé. Les normes éthiques appliquées au traitement d'autres maladies doivent également s'appliquer à celui de la toxicomanie. Elles comprennent le droit à l'autonomie et à l'autodétermination du patient et le respect des principes de bienfaisance, de non-malfaisance et de confidentialité de la part des prestataires de soins. Dans ce contexte, l'OICS se félicite de la récente Déclaration conjointe des Nations Unies pour mettre fin à la discrimination dans les établissements de soins¹⁹.

Principe 5. Cibler certains sous-groupes et certains problèmes de santé. Certains sous-groupes de population, tels que les adolescents, les femmes, les femmes enceintes, les personnes souffrant de comorbidités médicales et psychiatriques, les professionnels du sexe, les minorités ethniques et les personnes socialement marginalisées, y compris les migrants et les réfugiés, peuvent avoir des besoins particuliers. Le traitement de la toxicomanie qui leur est offert doit en tenir compte.

¹⁷Robin Room *et al.*, "Cross-cultural views on stigma, valuation, parity and societal attitudes towards disability", dans *Disability and Culture: Universalism and Diversity*, T. Bedirhan Üstün *et al.*, sous la direction de (Seattle, Hogrefe and Huber Publishers, 2001).

¹⁸ONUDC et OMS, "Principles of drug dependence treatment", document de synthèse (mars 2008).

¹⁹Nations Unies et OMS, "Déclaration conjointe des Nations Unies pour mettre fin à la discrimination dans les établissements de soins", 2017. Disponible à l'adresse: www.who.int/.

Principe 6. Le traitement de la toxicomanie et le système de justice pénale. L'usage de drogues est considéré en soi comme une infraction dans certains États. Toutefois, étant donné que les troubles liés à cet usage sont des pathologies, c'est le système de soins de santé, plutôt que le système de justice pénale, qui constitue le cadre idéal pour le traitement. Le système de soins de santé devrait être le milieu privilégié pour gérer ces problèmes, et la capacité de prise en charge devrait être améliorée lorsqu'elle est insuffisante. Le traitement comme mesure de substitution à l'incarcération présente le double avantage de diminuer les souffrances et l'incapacité ainsi que de faire baisser la criminalité. L'importante réduction des coûts qui en découle contribue à l'intérêt économique de cette approche.

Principe 7. Implication de la communauté, participation et orientation du patient. Il est nécessaire de revoir en profondeur l'administration du traitement pour passer d'une forme directive de prestation de services à une forme plus coopérative, fonctionnant à l'échelon local et associant les usagers de drogues, leurs familles, les communautés et des parties prenantes locales au processus de planification, de mise en œuvre et de suivi des services de traitement.

Principe 8. La gouvernance clinique des services de traitement de la toxicomanie. Des systèmes de gouvernance clinique responsables et efficaces seraient possibles grâce à des politiques et protocoles écrits et à des mécanismes de suivi et de supervision par un personnel qualifié. En outre, des systèmes d'accréditation, de certification et d'assurance de la qualité des services de traitement devraient être mis en place.

Principe 9. Systèmes de traitement: élaboration des politiques, planification stratégique et coordination des services. Il est recommandé d'adopter une approche logique, étape par étape, consistant entre autres à formuler des politiques de traitement, à évaluer la situation, à renforcer les capacités des prestataires de soins de santé et à élaborer des systèmes d'assurance de la qualité.

G. Approches et modalités de traitement

18. Toute activité qui aboutit à la réduction de l'usage de drogues ne peut pas être valablement qualifiée de traitement. Le traitement des troubles liés à cet usage et des problèmes de santé physique et mentale connexes est défini comme "une activité (ou des activités) ciblant directement les personnes qui ont des problèmes liés à leur usage de

drogues et visant à obtenir des résultats définis du point de vue de la réduction ou de l'élimination de ces problèmes; cette activité est assurée par des professionnels expérimentés ou agréés, dans le cadre de pratiques médicales, psychologiques ou d'aide sociale reconnues²⁰".

19. Même si les principes généraux de traitement de la toxicomanie peuvent paraître semblables pour tous les types de drogues et toutes les populations, chaque patient devrait, dans l'idéal, recevoir un traitement individualisé et personnalisé, dont la nature peut varier en fonction de facteurs comme le type de drogue consommée, la gravité de la dépendance, le degré de motivation et l'existence (ou non) d'un soutien social. La toxicomanie étant une maladie chronique alternant rémissions et rechutes, un traitement ponctuel de courte durée n'est généralement pas suffisant pour la plupart des patients et un engagement continu de ceux-ci, avec le soutien de leur famille et de la communauté, peut être bénéfique.

20. L'ONU DC et l'OMS ont élaboré conjointement des normes internationales en matière de traitement des troubles liés à l'usage de drogues pour aider les États Membres à mettre en place des services de traitement efficaces et éthiques²¹. Diverses modalités et approches ont fait l'objet d'une évaluation visant à établir dans quelle mesure leur efficacité était démontrée par les faits:

a) *Services de proximité.* Ces activités visent principalement les personnes qui font usage de drogues mais ne sont pas sous traitement. Les principaux services proposés par les programmes de proximité comprennent un soutien de base, des informations sur les drogues, un dépistage et des interventions ponctuelles, une orientation vers un traitement de la toxicomanie et des services d'échange de seringues;

b) *Dépistage, intervention ponctuelle et orientation vers un traitement.* Ces interventions sont essentiellement destinées aux personnes ayant des problèmes liés à l'usage de drogues qui se trouvent dans des structures non spécialisées, comme celles des soins primaires, des soins d'urgence, des services sociaux et des prisons. Des outils de dépistage normalisés et validés ainsi que des manuels adaptés aux spécificités culturelles peuvent être utilisés pour réaliser des interventions psychosociales ponctuelles. Ces programmes sont efficaces pour réduire l'usage de drogues, en particulier chez les personnes qui ont commencé récemment;

²⁰Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA), *EMCDDA Treatment Strategy*, Work programmes and strategies series (Lisbonne, avril 2010).

²¹ONU DC et OMS, "International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders: Draft for Field Testing" (mars 2017).

c) *Traitement court en milieu résidentiel ou hospitalier.* Ce type de traitement, également appelé cure de désintoxication, vise essentiellement à soulager les symptômes de sevrage et à faciliter la stabilisation de l'état physique et émotionnel du patient dans un environnement sûr et protégé. En ce qui concerne les benzodiazépines, les opioïdes et bien d'autres catégories de drogues, le traitement pharmacologique des symptômes de sevrage constitue le socle de la désintoxication. Dans le cas des opioïdes, de nombreux éléments donnent à penser que la meilleure façon de traiter ces symptômes est d'utiliser des médicaments agonistes tels que la buprénorphine et la méthadone²². S'agissant des sédatifs hypnotiques tels que les benzodiazépines, il est recommandé d'utiliser en doses suffisantes des benzodiazépines à action prolongée dont l'effet s'estompe en quelques jours. Très souvent, la désintoxication est considérée à tort comme un traitement complet en soi; or, la gestion du sevrage n'est que la première étape du traitement à long terme de la toxicomanie. Le risque de rechute et de surdose est élevé après toute forme de désintoxication. Afin de prévenir les rechutes, il faut dès cette phase commencer à préparer des activités visant à garantir l'engagement continu et à long terme du patient dans le processus de traitement;

d) *Traitement ambulatoire.* Le traitement ambulatoire est en grande partie destiné aux personnes qui bénéficient de suffisamment de ressources et de soutien social à domicile, mais qui requièrent des interventions pharmacologiques ou psychosociales à long terme. La majorité des personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues n'ont pas besoin d'être hospitalisées et peuvent être prises en charge de façon ambulatoire. Des données solides démontrent l'efficacité de toute une gamme d'interventions pharmacologiques proposées dans le cadre du traitement à long terme de la toxicomanie. Comme traitement d'entretien aux agonistes opioïdes, l'OMS recommande la prise de buprénorphine ou de méthadone à des doses suffisantes²³. Une autre forme de traitement pharmacologique ambulatoire de la dépendance aux opioïdes consiste en l'administration d'un antagoniste opioïde, la naltrexone, qui est recommandé pour les patients très motivés. Il n'existe toutefois que des preuves modestes de son efficacité²⁴. En ce qui concerne le traitement de la dépendance au cannabis et aux psychostimulants (c'est-à-dire aux amphétamines ou à la cocaïne) il

n'existe à l'heure actuelle aucune preuve de l'efficacité constante d'une quelconque pharmacothérapie. Ainsi, le traitement psychosocial demeure la principale méthode employée pour ces catégories de drogues. Outre la pharmacothérapie, une série d'interventions psychosociales sont efficaces dans la prévention de la rechute et la réadaptation des patients, parmi lesquelles la gestion des urgences²⁵, l'entretien de motivation²⁶, la thérapie comportementale cognitive²⁷ et la thérapie de prévention de la rechute. Pour la plupart d'entre elles, c'est lorsqu'elles sont combinées avec la pharmacothérapie qu'elles produisent les meilleurs résultats;

e) *Traitement de longue durée en institution.* La forme la plus courante de traitement de longue durée en institution est la communauté thérapeutique, dans laquelle les patients sont censés demeurer pendant une période prolongée allant de 6 à 24 mois. Jusqu'à présent, le traitement de longue durée en institution consistait uniquement en un traitement psychosocial, mais les approches modernes peuvent passer par la prise de médicaments. Il ne semble pas vraiment, d'après les analyses de grande ampleur qui ont été réalisées, que les communautés thérapeutiques présentent des avantages importants, sauf en milieu carcéral²⁸;

f) *Suivi de la guérison.* Le suivi de la guérison, également appelé "postcure" ou "soutien social", est un modèle de soins de longue durée axé sur la guérison et destiné à ceux qui sont parvenus à l'abstinence par d'autres formes de traitement. Il s'agit avant tout de prévenir les rechutes en soutenant les personnes dans la modification de leur fonctionnement social et leur recherche du bien-être, et en les aidant à retrouver leur place au sein de leur communauté. La rechute fait presque inévitablement partie de la guérison. Par conséquent, au lieu de laisser les patients enchaîner plusieurs épisodes de traitement de courte durée, l'approche de suivi de la guérison offre des services de soutien sur une période plus longue mais à une intensité et un coût bien moindres, en privilégiant l'autonomie des patients et en veillant à la participation de leurs communautés;

²²L. Gowing, R. Ali et J. White, "Opioid antagonists with minimal sedation for opioid withdrawal", *The Cochrane Library*, n° 2 (2002).

²³OMS, *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence* (Genève, 2009).

²⁴S. Minozzi et al., "Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 4 (2011).

²⁵M. Prendergast et al., "Contingency management for treatment of substance use disorders: a meta-analysis", *Addiction*, vol. 101, n° 11 (novembre 2006), p. 1546 à 1560.

²⁶G. Smedslund et al., "Motivational interviewing for substance abuse", *The Cochrane Library* (11 mai 2011).

²⁷M. Magilland, L. A. Ray, "Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials", *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 70, n° 4 (2009), p. 516 à 527.

²⁸L. A. Smith, S. Gates et D. Foxcroft, "Therapeutic communities for substance-related disorder", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 1 (2006).

g) *Interventions visant à réduire les conséquences néfastes de l'usage de drogues.* Certaines approches servent à réduire les conséquences néfastes de l'usage de drogues plutôt qu'à réduire directement l'usage lui-même. Elles sont largement utilisées, en particulier dans le contexte de la réduction du risque de propagation de l'infection à VIH et d'autres infections virales à diffusion hémotogène chez les usagers de drogues injectables. L'OMS, l'ONUSIDA et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) ont approuvé un ensemble complet de neuf interventions destinées à la prévention, au traitement et à la prise en charge du VIH chez les usagers de drogues par injection²⁹. L'OICS constate que ce document a été largement avalisé, y compris par l'Assemblée générale³⁰, le Conseil économique et social³¹ et la Commission des stupéfiants³². Les neuf interventions en question ont fait l'objet d'une évaluation scientifique; leur efficacité est optimale lorsqu'elles sont combinées les unes avec les autres pour former un ensemble. Ces interventions sont les suivantes: a) programmes d'échange d'aiguilles et de seringues; b) traitement de substitution aux opioïdes et autres traitements de la dépendance; c) dépistage du VIH et conseil; d) traitement antirétroviral; e) prévention, diagnostic et traitement des infections sexuellement transmissibles; f) distribution de préservatifs; g) information, éducation et communication ciblées; h) prévention, vaccination, diagnostic et traitement de l'hépatite virale; et i) prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose³³;

h) *Autres approches.* Un débat est en cours depuis de nombreuses années concernant d'autres activités qui sortent du cadre de l'ensemble complet et qui sont considérées par certains comme des interventions propres à réduire les conséquences néfastes de l'usage de drogues. Certains gouvernements ont testé des programmes d'entretien à l'héroïne de prescription pour les patients qui ne reçoivent pas d'autres formes de traitement, bien qu'il ne s'agisse pas d'une option de première intention³⁴.

²⁹OMS, ONUSIDA et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), *Guide technique de l'OMS, l'ONUSIDA et l'ONUSIDA destiné aux pays pour la définition des objectifs nationaux pour l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en matière de VIH/SIDA* (Genève, OMS, 2009); la version anglaise a été révisée en 2012.

³⁰Déclaration politique sur le VIH et le sida: intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le sida (résolution 65/277 de l'Assemblée générale, annexe).

³¹Résolution 2009/6 du Conseil économique et social.

³²Résolution 53/9 de la Commission des stupéfiants.

³³OMS, collection Evidence for action, documents techniques et notes d'orientation sur le VIH/sida et les usagers de drogues injectables. Disponible (en anglais) à l'adresse: www.who.int/hiv/pub/idu/idupolicy-briefs/en/index.html.

³⁴Ambros A. Uchtenhagen, "Heroin maintenance treatment: from idea to research to practice", *Drug Alcohol Review*, vol. 30, n° 2 (2011), p. 130 à 137.

Des recherches montrent que cette solution peut aider les héroïnomanes à poursuivre leur traitement, limiter leur usage de drogues de rue et réduire leurs activités illícites³⁵. Toutefois, en raison du risque d'effets néfastes et d'un certain nombre de facteurs opérationnels, ce traitement n'a pas été recommandé par l'OMS ni par d'autres organismes des Nations Unies. Un autre type d'intervention suscite aussi souvent des débats et des discussions: les centres d'injection supervisés, ou salles de consommation de drogues. L'objet de ces structures est d'offrir aux usagers de drogues du matériel d'injection et un cadre sûrs. Les centres d'injection supervisés ne fournissent habituellement pas les drogues elles-mêmes. Pour se faire une idée de leur efficacité, on a passé en revue 75 études publiées et conclu qu'ils permettaient d'attirer des populations difficiles à atteindre, de promouvoir des pratiques d'injection plus sûres, de réduire le risque de surdose et de faire baisser le nombre d'injections réalisées dans l'espace public et de seringues abandonnées dans le cadre de vie commun³⁶. Ainsi, les preuves scientifiques de leur efficacité connaissent une évolution rapide. Dans son rapport annuel pour 2016, l'OICS a indiqué que l'objectif ultime de ces centres devait être de réduire les conséquences néfastes de l'usage de drogues sans cautionner ni favoriser leur trafic et que l'orientation vers des programmes de traitement et de réadaptation devait être un aspect intégral de ces interventions³⁷.

H. Rapport coût/efficacité du traitement des troubles liés à l'usage de drogues

21. Les coûts sont un élément important à prendre en considération au moment d'investir dans le traitement de la toxicomanie. Malheureusement, moins de la moitié des pays du monde ont à leur budget une rubrique se rapportant spécifiquement au traitement de la toxicomanie, et les pays à revenu faible ou intermédiaire n'en font pas partie. Les trois principales méthodes de financement des services de traitement sont le financement par la fiscalité, le paiement par le patient et la prise en charge par les organisations non gouvernementales, dans cet ordre.

³⁵M. Ferri, M. Davoli et C. A. Perucci, "Heroin maintenance for chronic heroin-dependent individuals", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 12 (2011).

³⁶Chloé Potier *et al.*, "Supervised injection services: what has been demonstrated? A systematic literature review", *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 145, n° 1 (2014), p. 48 à 68.

³⁷E/INCB/2016/1, par. 720.

Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, il semble que les coûts soient principalement assumés par les patients³⁸.

22. D'une manière générale, les études menées dans différents contextes et pays ont inmanquablement montré que le traitement de la toxicomanie était d'un très bon rapport coût/efficacité. Chaque dollar investi produit un rendement de 4 à 7 dollars grâce à la réduction des taux de criminalité et à la baisse des coûts engendrés pour le système de justice pénale. Si l'on prend aussi en compte les dépenses épargnées au système de soins de santé, les économies réalisées atteignent un ratio supérieur à 12 pour 1. Une synthèse de 11 études évaluant divers traitements a été consacrée aux retombées économiques observées dans différents domaines (activité criminelle, recours aux services de santé, revenus de l'emploi et dépenses en drogues illicites); elle a permis de conclure que les principales retombées qu'avait le traitement des troubles liés à l'usage de drogues sur le plan économique concernaient l'activité criminelle et le recours aux soins de santé³⁹. En outre, le traitement de la toxicomanie est beaucoup moins coûteux que les interventions de la justice pénale. Par exemple, on estime qu'aux États-Unis d'Amérique, le traitement d'entretien à la méthadone revient à environ 4 700 dollars par patient et par an, alors que le coût de l'incarcération est estimé à 24 000 dollars par détenu et par an⁴⁰. On considère qu'en proposant un traitement à ne serait-ce que 10 % des délinquants susceptibles d'en bénéficier, le système de justice pénale pourrait économiser quelque 4,8 milliards de dollars⁴¹. Une analyse approfondie des travaux scientifiques publiés a permis de conclure que du point de vue du rapport coût/efficacité, les traitements d'entretien aux agonistes, comme la méthadone et la buprénorphine, devraient être envisagés comme des options de première intention en cas de dépendance aux opioïdes⁴².

³⁸OMS, *Atlas on Substance Use (2010): Resources for the Prevention and Treatment of Substance Use Disorders* (Genève, 2010), chap. 2, p. 26 et 27.

³⁹Kathryn McCollister et Michael French, "The relative contribution of outcome domains in the total economic benefit of addiction interventions: a review of first findings", *Addiction*, vol. 98, n° 12 (2003), p. 1647 à 1659.

⁴⁰États-Unis, Département de la santé et des services sociaux, National Institute on Drug Abuse, *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-based Guide*, 3^e éd., NIH Publication n° 12-4180 (2012).

⁴¹Gary Zarkin *et al.*, "Lifetime benefits and costs of diverting substance-abusing offenders from State prison", *Crime & Delinquency*, vol. 61, n° 6 (2012), p. 829 à 850.

⁴²Chris Doran, "Economic evaluation of interventions for illicit opioid dependence: a review of evidence", document d'information établi pour la troisième réunion du groupe chargé d'élaborer des lignes directrices techniques de l'OMS sur la pharmacothérapie psychosocialement assistée de la dépendance aux opioïdes (WHO guidelines for psychosocially assisted pharmacotherapy of opioid dependence), qui s'est tenue à Genève du 17 au 21 septembre 2007.

I. Organisation et gestion de la prestation de services de traitement

23. Bien qu'il soit largement reconnu que la toxicomanie est un problème de santé, son traitement reste un service distinct des autres prestations sanitaires dans de nombreux pays. Cette séparation nuit à la qualité des soins proposés aux personnes touchées et entraîne des dépenses évitables et inutiles. L'intégration du traitement de la toxicomanie aux services généraux de santé est importante pour les raisons suivantes:

a) L'usage de drogues est lié à la maladie mentale et à d'autres problèmes de santé;

b) L'intégration des services se traduit par une meilleure coordination des soins et, à terme, une amélioration des résultats sanitaires;

c) Il est intéressant économiquement de dispenser le traitement de la toxicomanie dans le cadre du système général de soins de santé;

d) L'intégration peut permettre de réduire les disparités en matière de santé et les délais d'attente dans les structures de traitement des toxicomanes.

24. L'intégration aux services généraux de santé des services de traitement des troubles liés à l'usage de drogues permet au système de soins de prendre en charge les personnes ayant des problèmes liés à l'usage de drogues d'une gravité faible à modérée, soit la plus grande part des usagers de drogues. Cela réduit la nécessité de recourir à un traitement plus intensif et plus coûteux et évite l'aggravation des problèmes liés à la drogue. Plusieurs modèles s'inscrivant dans un continuum de soins ont été décrits: le traitement de la toxicomanie et les services de soins de santé peuvent être coordonnés, c'est-à-dire rester distincts tout en donnant lieu à un certain niveau de collaboration et de communication; ils peuvent être installés dans des locaux communs, ce qui signifie qu'ils sont physiquement très proches les uns des autres mais continuent d'exister séparément; et ils peuvent être intégrés, au sens qu'ils collaborent étroitement sur la base de la pleine intégration ou fusion des services. Ces modèles ont chacun leurs avantages et leurs inconvénients, mais lorsqu'elle est praticable, l'intégration maximale apparaît comme le moyen le plus efficace d'assurer ces services, en particulier dans les contextes où les ressources sont limitées. Ainsi, que les substances en cause soient soumises ou non à contrôle, il est utile que les services de traitement des troubles qui y sont liés soient tous assurés dans le même cadre, quel que soit le type de substance concerné. Ces services

devraient être incorporés au système général de santé. Toutefois, il ne faut pas perdre de vue que l'objectif est le traitement de la toxicomanie.

J. Traitement de groupes particuliers de population

1. Enfants et adolescents

25. Les adolescents ont des pratiques d'usage de drogues et des besoins en matière de traitement qui leur sont propres. Chez eux, tout usage pose problème, même s'il ne s'agit que d'expérimentation, car il les expose à davantage de comportements à risque et augmente la probabilité et la gravité de troubles ultérieurs liés à l'usage de drogues. Des études ont révélé que la prise de drogues avait des conséquences graves sur le cerveau en développement des enfants et des adolescents⁴³. Le traitement présente donc un intérêt pour les adolescents qui font usage de drogues, même pour ceux chez qui aucun trouble connexe ne peut être diagnostiqué. Parmi les défis à relever pour fournir un traitement efficace aux enfants et aux adolescents, on peut citer: a) l'insuffisance des travaux de recherche sur les questions d'usage de drogues au sein de cette population; b) l'incertitude quant aux effets sur les enfants et les adolescents de médicaments destinés aux adultes; et c) la nécessité d'une intervention psychosociale adaptée à l'âge des adolescents, qui tienne compte de leur niveau de développement cognitif et de leur vécu. La famille et la communauté jouent un rôle important dans le traitement de la toxicomanie chez l'adolescent. Nombre d'adolescents qui font usage de drogues présentent des antécédents de violences physiques, émotionnelles ou sexuelles qui devraient être identifiés et, le cas échéant, pris en charge simultanément⁴⁴.

2. Femmes

26. Au niveau mondial, les hommes sont presque trois fois plus susceptibles que les femmes de faire usage de drogues illicites, tandis que celles-ci sont plus susceptibles qu'eux de faire usage d'opioïdes de prescription et de tranquillisants. Si les troubles liés à l'usage de drogues sont plus couramment observés chez les hommes, la prévalence

de cet usage chez les femmes connaît une augmentation depuis une vingtaine d'années, notamment dans certains pays à revenu élevé. En outre, une fois que les femmes commencent leur consommation, la dépendance se développe beaucoup plus rapidement chez elles que chez les hommes. Il est important de noter que très peu de femmes en situation de dépendance ont accès à des services de traitement. Un tiers des usagers de drogues sont des femmes, tandis qu'elles ne représentent qu'un cinquième des personnes qui bénéficient d'un traitement. La stigmatisation est le principal obstacle à la recherche d'un traitement. Bien que moins de femmes que d'hommes consomment des drogues, les conséquences en matière de santé publique des troubles liés à cette consommation chez les femmes sont considérables et appellent le recours à des services de traitement adaptés aux besoins de celles-ci. Il faut notamment régler les questions de l'aide à la garde des enfants, de la santé en matière de sexualité, de grossesse et de procréation, de la comorbidité psychiatrique, des violences physiques et sexuelles, du travail du sexe et du logement⁴⁵. L'OMS a élaboré des principes directeurs relatifs à la gestion de l'usage de drogues pendant la grossesse⁴⁶. L'OICS a porté une attention particulière à la question des femmes et des drogues au chapitre premier de son rapport annuel pour 2016⁴⁷.

3. Personnes incarcérées ou placées dans d'autres lieux de détention

27. Bien qu'il ait été maintes fois précisé dans les documents de l'ONU que les traités internationaux relatifs au contrôle des drogues n'imposent pas aux États parties d'appliquer des sanctions pénales en cas d'usage de drogues ou de détention de drogues à des fins d'usage personnel, certains pays ont toujours des lois qui prévoient de telles mesures, y compris l'incarcération des usagers de drogues. Il faut rappeler, comme l'OICS l'a fait en 2007 et en 2016^{48, 49, 50}, qu'en vertu desdits traités, les services de traitement et de réadaptation peuvent constituer une véritable solution de substitution aux sanctions pénales. Les personnes poursuivies pour usage de drogues ou détention de petites quantités de drogues destinées à la consommation personnelle doivent se voir proposer la

⁴³Lindsay M. Squeglia et Kevin M. Gray, "Alcohol and drug use and the developing brain", *Current Psychiatry Reports*, vol. 18, n° 5 (mai 2016).

⁴⁴États-Unis, National Institute of Drug Abuse, *Principles of Adolescent Substance Use Disorder Treatment: A Research-based Guide*, NIH Publication n° 14-7953 (Washington, 2014).

⁴⁵R. Orwin, L. Francisco et T. Bernichon, "Effectiveness of women's substance abuse treatment programs: a meta-analysis", NEDS Analytic Summary No. 21 (Fairfax, Virginie, Center for Substance Abuse Treatment, 2001).

⁴⁶OMS, *Guidelines for the Identification and Management of Substance Use and Substance Use Disorders in Pregnancy* (Genève, 2014).

⁴⁷E/INCB/2016/1.

⁴⁸E/INCB/2007/1.

⁴⁹ONUDC, "De la coercition à la cohésion: traiter la dépendance à la drogue par les soins de santé, et non les sanctions", document de synthèse, 2010.

⁵⁰E/INCB/2016/1.

possibilité de recevoir des soins en dehors du système de justice pénale. Le traitement dispensé en milieu carcéral est important pour les détenus souffrant de troubles liés à l'usage de drogues. Il devrait respecter les mêmes normes et être de la même qualité que les services disponibles à l'extérieur, et toutes les options de traitement psychologique et pharmacologique de la toxicomanie disponibles en milieu libre doivent aussi l'être en prison. Les liens avec des services extérieurs à la prison sont également essentiels pour assurer la continuité des soins après la sortie des détenus. Parmi les interventions psychosociales, le traitement résidentiel de longue durée dans des communautés thérapeutiques a été jugé particulièrement adapté au milieu carcéral.

4. Personnes présentant à la fois des troubles liés à l'usage de drogues et des troubles mentaux (double diagnostic)

28. Il est bien connu que l'usage de drogues et les problèmes de santé mentale autres sont souvent concomitants. Cette concomitance peut se manifester sous de nombreuses formes. Les usagers de drogues peuvent souffrir simultanément de symptômes de troubles mentaux ou de véritables troubles de la santé mentale. Inversement, les personnes atteintes de troubles mentaux peuvent faire un usage de drogues dénué de tout caractère pathologique ou développer des troubles liés à un tel usage. Du point de vue de l'étiologie ou de l'association temporelle, l'une ou l'autre de ces conditions peut précéder ou suivre l'autre. Des troubles mentaux préexistants peuvent favoriser l'apparition de problèmes d'usage de drogues (comme dans le cas de l'automédication, par exemple), mais de tels troubles peuvent aussi être la conséquence de l'usage de drogues. Les services de traitement de la toxicomanie devraient être dotés des moyens nécessaires pour repérer l'existence de symptômes de troubles mentaux concomitants chez les patients et pour fournir un traitement ou une orientation.

5. Autres groupes particuliers de population

29. Parmi les autres groupes de population, les migrants et les membres de minorités ethniques risquent d'avoir beaucoup de difficultés à accéder aux services de traitement. Alors même que les migrations (forcées ou non) représentent un phénomène de grande ampleur à l'échelle mondiale, la question de l'usage de drogues chez les migrants n'est que peu étudiée. Les migrants peuvent être particulièrement exposés aux troubles liés à l'usage de drogues du fait de leurs expériences traumatiques, des

problèmes de santé mentales qui y sont associés, des difficultés d'acculturation et des inégalités socioéconomiques⁵¹. Les services de traitement destinés à ce groupe doivent tenir compte des facteurs culturels qui influent sur la demande de services sanitaires et sociaux et sur le recours à ces services⁵². Les professionnels du sexe représentent un autre groupe particulièrement vulnérable et souvent négligé. L'opprobre associé tant à l'usage de drogues qu'au commerce du sexe empêche les personnes concernées d'avoir accès au traitement, et le fait que ces deux activités soient illicites complique encore le problème. Collaborer avec les acteurs de la société civile qui sont présents auprès de ces deux catégories de personnes, à savoir les usagers de drogues et les professionnels du sexe, est une stratégie très efficace et recommandée pour prendre contact avec elles⁵³. De plus, il faudrait faire une priorité de la conception d'interventions ciblant spécifiquement ces groupes étant donné qu'on ne dispose d'aucun élément probant quant à l'efficacité des interventions existantes⁵⁴.

K. Traitement de la toxicomanie en tant que droit de l'homme

30. Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels consacre le droit à la santé, qui est décrit comme "le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre". Puisque le traitement de la toxicomanie améliore effectivement la santé physique et mentale des personnes touchées, il est considéré à juste titre comme un élément du droit à la santé.

31. Dans son Observation générale n° 14 (2000) sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint⁵⁵, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, faisant sienne la définition du droit à la santé donnée au paragraphe 1 de l'article 12 du Pacte, affirme que le droit à la santé sous toutes ses formes et à tous les niveaux suppose l'existence d'éléments interdépendants et essentiels dont la mise en œuvre précise dépendra des conditions

⁵¹Danielle Horyniak *et al.*, "Epidemiology of substance use among forced migrants: A global systematic review", PLOS One (2016).

⁵²International Centre for Migration Health and Development, *Migrants, displaced people and drug abuse: A public health challenge*, 1998.

⁵³Harm Reduction International, "When sex work and drug use overlap: considerations for advocacy and practice", Londres, 2013.

⁵⁴Nikki Jeal *et al.*, "Systematic review of interventions to reduce illicit drug use in female drug-dependent street sex workers", *BMJ Open*, n° 5(11):e009238, DOI: 10.1136/bmjopen-2015-009238.

⁵⁵HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. I), chap. I.

existant dans chacun des États parties. S'agissant des services de traitement et de réadaptation des toxicomanes, ces conditions sont les suivantes:

a) Disponibilité: il doit exister des services de traitement en quantité suffisante compte tenu des besoins attendus, et les médicaments nécessaires pour le traitement de la toxicomanie (comme la méthadone et la buprénorphine destinés au traitement des troubles liés à l'usage d'opioïdes et la naloxone destinée à la prise en charge de la surdose) doivent être disponibles en quantités appropriées;

b) Accessibilité: les grands principes de l'accessibilité sont la non-discrimination (en particulier envers les populations vulnérables ou marginalisées), l'accessibilité physique, l'accessibilité économique (abordabilité) et la confidentialité;

c) Acceptabilité: tous les services de traitement devraient être acceptables par les bénéficiaires sur le plan culturel et doivent être respectueux de l'éthique médicale;

d) Qualité: une qualité adéquate suppose la fourniture de services de traitement médicalement et scientifiquement appropriés, par des prestataires qualifiés utilisant des méthodes fondées sur des données factuelles, comme la prescription de médicaments dont l'efficacité a été prouvée scientifiquement.

32. Ainsi, à la lumière tant des conventions internationales relatives au contrôle des drogues que du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, les États devraient s'attacher à faire en sorte que les services de traitement de la toxicomanie proposés répondent aux normes décrites ci-dessus.

33. Le débat sur le traitement de la toxicomanie imposé a plus particulièrement à voir avec les droits fondamentaux des personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues. Les cadres régissant la lutte contre la drogue de nombreux pays contiennent des dispositions en vertu desquelles le système de justice pénale peut encourager certaines formes de traitement de la toxicomanie, les imposer ou les superviser. Dans certains cas, des patients sont traités sans leur consentement. Ces traitements impliquent souvent une incarcération ou un placement dans des structures fermées. Dans certains autres cas, la personne peut se voir offrir un choix entre incarcération et traitement avec son consentement éclairé. Un traitement de courte durée auquel le patient ne donne pas son consentement ne peut se justifier que dans certains cas rares et limités, par exemple celui de l'hospitalisation d'office de personnes souffrant de graves problèmes de santé mentale lorsque la loi l'autorise.

34. Le traitement imposé, c'est-à-dire administré sans le consentement exprès de la personne concernée, devrait être découragé pour les raisons suivantes:

a) Les preuves de son efficacité sont insuffisantes;

b) Il compromet la santé des personnes qui le subissent, du fait notamment de leur vulnérabilité accrue à l'infection à VIH et à d'autres infections;

c) Il est en contradiction complète avec les principes des droits de l'homme énoncés dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels.

35. Nombre d'organismes des Nations Unies ont vivement recommandé la fermeture des centres de détention et de réadaptation obligatoires et la mise en place de services de traitement reposant sur le choix du patient, fondés sur des données factuelles et respectueux des droits de chacun, position qui a été réaffirmée par l'OICS^{56, 57}.

36. Une composante essentielle de la qualité et de la disponibilité des services de traitement est l'accès aux médicaments nécessaires. Certains médicaments dont l'efficacité dans le traitement de la dépendance a été clairement démontrée, comme la méthadone et la buprénorphine, sont des substances placées sous contrôle international. Dans de nombreux États, les politiques nationales en matière de lutte antidrogue sont telles qu'il est difficile pour les structures de soins d'utiliser ces médicaments soumis à contrôle. Beaucoup de substances placées sous contrôle jouent un rôle décisif non seulement dans le traitement de la toxicomanie mais aussi, par exemple, dans le soulagement de la douleur, l'anesthésie, les interventions chirurgicales et le traitement des troubles mentaux. L'obligation d'en prévenir le détournement, le trafic et l'abus a fait l'objet d'une attention bien plus grande que la nécessité d'en assurer la disponibilité en quantités suffisantes à des fins médicales et scientifiques. Certains pays interdisent expressément l'usage de ces médicaments. Ailleurs, même si ceux-ci sont disponibles, les prestataires de services sont réticents à les utiliser en raison de prescriptions réglementaires contraignantes. S'il convient certes de décourager la prescription non justifiée, par les professionnels de la santé, de médicaments soumis à contrôle, l'OICS a recommandé sans ambiguïté la suppression des sanctions juridiques en cas d'erreur non intentionnelle concernant des opérations en rapport avec

⁵⁶ONUUDC *et al.*, "Compulsory drug detention and rehabilitation centres", déclaration commune, 9 mars 2012. Disponible (en anglais) à l'adresse: www.unodc.org.

⁵⁷E/INCB/2016/1.

des opioïdes⁵⁸. Toutefois, dans certains pays, les lois sont toujours interprétées et appliquées avec trop de rigueur à l'égard des prestataires de soins. Ainsi, en Inde en 2014, deux psychiatres ont été arrêtés et incarcérés après avoir été accusés d'avoir fourni de la buprénorphine à leurs patients. Suite à cela, un grand nombre de médecins ont cessé de proposer des traitements à base de buprénorphine et beaucoup de patients se sont retrouvés dépourvus de traitement efficace et contraints de poursuivre leur usage illicite d'héroïne⁵⁹. L'Inde n'est malheureusement pas seule dans ce cas. Il a été relevé que des médicaments étaient détournés malgré les très faibles niveaux de consommation à des fins médicales. Cela montre qu'il ne suffit pas de restreindre l'accès aux médicaments à des fins médicales pour en prévenir le mésusage⁶⁰.

37. L'esprit des conventions internationales relatives au contrôle des drogues veut que soit garanti l'accès aux stupéfiants et substances psychotropes placés sous contrôle et destinés à des fins médicales et scientifiques. Les États devraient donc prendre des mesures pour supprimer les obstacles juridiques et politiques qui s'y opposent. Il est essentiel que les législations nationales régissant la disponibilité des produits pharmaceutiques en général respectent les traités relatifs au contrôle des drogues en réprimant l'usage illicite des substances et en facilitant l'accès aux médicaments à des fins de traitement. On note parfois que des politiques et réglementations nationales établissent une distinction entre différentes fins médicales, facilitant l'accès aux médicaments placés sous contrôle pour le traitement de certains états pathologiques, tels que la douleur associée au cancer en phase terminale, mais l'entravant pour le traitement de la toxicomanie. Les médicaments placés sous contrôle doivent être pareillement accessibles quel que soit l'état de santé pour lequel ils sont nécessaires, comme l'exigent les conventions internationales relatives aux drogues et comme le justifient les données scientifiques. Restreindre indûment l'offre de traitements faisant appel à des médicaments placés sous contrôle constitue une atteinte au droit à la santé.

⁵⁸ *Disponibilité des drogues placées sous contrôle international: assurer un accès adéquat à des fins médicales et scientifiques – Indispensables et dûment disponibles, sans restrictions injustifiées* (E/INCB/2015/1/Supp.1).

⁵⁹ Atul Ambekar *et al.*, "Challenges in the scale-up of opioid substitution treatment in India", *Indian Journal of Psychiatry*, vol. 59, n° 1 (avril 2017).

⁶⁰ Briony Larance *et al.*, "The availability, diversion and injection of pharmaceutical opioids in South Asia", *Drug Alcohol Review*, vol. 30, n° 3 (2011), p. 246 à 254.

L. Suivi et assurance de la qualité des programmes de traitement

38. Des systèmes appropriés de suivi et d'évaluation sont essentiels à la surveillance de la couverture et de la qualité des services de traitement, de réadaptation et de réinsertion sociale dans les secteurs public et privé. Ils sont indispensables pour fixer les priorités avec efficacité et adapter les réponses aux besoins recensés, y compris celui d'améliorer la qualité des soins, celui d'aider les décideurs à calculer le retour sur investissement du traitement, celui d'identifier les lacunes en matière de fourniture du traitement et celui de planifier les programmes de traitement requis.

39. Dans cet objectif, il est important d'établir des indicateurs axés sur la santé, comme la proportion de personnes ayant guéri de troubles liés à l'usage de drogues, sans se contenter de déterminer la fréquence de l'usage ou le type de drogues consommées. La promotion de la recherche opérationnelle et le partage des bonnes pratiques sont des mécanismes importants pour favoriser une meilleure exploitation des résultats des programmes de traitement dans le cadre d'un processus continu d'amélioration de la qualité.

M. Recommandations

40. L'obligation que les trois conventions relatives au contrôle des drogues imposent aux États qui y sont parties d'offrir un traitement aux personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues dans le cadre d'un large éventail de mesures de réduction de la demande est essentielle à l'amélioration de la santé publique au niveau mondial. En outre, renforcer le traitement de ces troubles est une cible capitale dans la poursuite de l'objectif 3 de développement durable (Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge). L'un des principaux objectifs du présent chapitre est de promouvoir un traitement des troubles liés à l'usage de drogues qui se fonde sur les exigences de ces traités, et d'empêcher que des pratiques ne reposant pas sur des données factuelles soient appliquées sous couvert des conventions. Les pays devraient connaître et utiliser les ressources et les outils se rapportant au traitement et à la prise en charge de la toxicomanie que la collaboration entre l'ONUDC et l'OMS a permis d'élaborer⁶¹. Par cette coopération, le système des Nations Unies s'attache à encourager une démarche

⁶¹ ONUDC et OMS, *Programme commun de traitement et de prise en charge des toxicomanies* (2009).

intégrée et équilibrée en matière de traitement grâce à une interaction efficace entre les secteurs de la santé publique, de la lutte antidrogue et de la détection et de la répression.

41. L'OICS recommande aux États de prendre les mesures suivantes:

a) *Recueillir des données sur la prévalence des troubles liés à l'usage de drogues ainsi que sur l'accessibilité du traitement et le recours à celui-ci.* Il est nécessaire d'allouer des ressources à l'amélioration des mécanismes en place, afin de pouvoir recueillir efficacement des informations, y compris par la réalisation à l'échelle nationale, suivant des méthodes reconnues, d'enquêtes détaillées qui permettent d'évaluer l'ampleur et les caractéristiques de l'usage de drogues et des traitements proposés;

b) *Investir pour faire en sorte que des services de traitement et de réadaptation fondés sur des données factuelles soient disponibles et accessibles.* Compte tenu du fait que les troubles liés à l'usage de drogues pèsent lourdement sur les ressources nationales et causent des souffrances humaines, il est essentiel que les États investissent pour rendre les services de traitement et de réadaptation disponibles et accessibles aux toxicomanes dans le cadre du système de soins de santé. Il est difficile de prévoir avec exactitude le montant ou la proportion des ressources devant être allouées aux activités de lutte antidrogue pour en couvrir toute la gamme. La lutte contre la drogue consiste dans la réduction de l'offre (par exemple par la réglementation, la détection et la répression, l'interception et la justice pénale) et la réduction de la demande (par exemple par la prévention, le traitement et la réadaptation, et la prévention des conséquences néfastes). Toutefois, l'allocation des ressources devrait être équilibrée, compte tenu de l'ampleur et des caractéristiques des problèmes relatifs à la drogue, des priorités nationales et des données scientifiques disponibles;

c) *Assurer la coordination entre les organismes publics et les ministères dans les efforts qu'ils mènent pour réduire l'offre et la demande.* Les compétences et qualifications requises pour la réduction de l'offre et la réduction de la demande sont très différentes. À l'intérieur même du secteur de la réduction de la demande, les compétences requises pour la prévention primaire diffèrent sensiblement de celles qui sont nécessaires pour le traitement et la réadaptation. Ainsi, les services de détection et de répression sont les mieux placés pour prendre des mesures répressives diverses, mais ce sont les départements et ministères chargés du secteur de la santé qui sont les plus à même de s'occuper du traitement de la toxicomanie. Parallèlement, une coordination doit être assurée entre tous les services participant à la lutte contre la drogue;

d) *Accorder l'attention voulue au traitement de la toxicomanie entre autres besoins en matière de santé physique et morale.* Des ressources nationales doivent être allouées au traitement et à la réadaptation des personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues, en fonction des besoins locaux. Même si des ressources sont mises à disposition en bloc pour toute une gamme de services de santé physique et morale, une certaine proportion du total doit être réservée au traitement et à la réadaptation. Les ressources doivent aller en priorité aux approches thérapeutiques dont l'efficacité est étayée par des preuves solides;

e) *Mettre en place un corps de personnel qualifié et formé.* Afin de garantir la qualité des programmes de traitement de la toxicomanie, les États doivent élaborer des mécanismes permettant de renforcer les capacités de toute une série de professionnels du traitement, y compris des spécialistes de la médecine ou de la psychiatrie de l'addiction formés à l'université, des professionnels de la médecine générale capables de faire face à des problèmes courants liés à la drogue et d'autres professionnels, tels que des infirmiers, des conseillers, des psychologues, des travailleurs sociaux et des ergothérapeutes. En ce qui concerne les activités de proximité sur le terrain, les conseillers issus de la communauté des usagers de drogues se sont révélés très efficaces pour établir un contact avec les groupes difficiles à atteindre et les inciter à faire appel aux services proposés. En outre, il est important que les autres professionnels susceptibles de rencontrer des personnes souffrant de problèmes liés à la drogue, dont ceux qui travaillent dans les secteurs des soins de santé généraux, de l'éducation, des services sociaux ou de la justice pénale, reçoivent une formation au dépistage, à l'orientation et à l'intervention précoces. Tous les programmes de formation doivent intégrer des éléments relatifs aux droits de l'homme et aux pratiques éthiques de traitement;

f) *Collaborer avec les acteurs de la société civile.* Les ONG pourraient être pour les gouvernements nationaux des partenaires très utiles à différents points de vue, notamment parce qu'elles étendraient la portée des services offerts en faisant le lien entre les personnes touchées et les prestataires de services, veilleraient à la protection des droits des personnes qui font usage de drogues et assureraient une activité de communication permettant de donner la parole aux communautés concernées. Les gouvernements nationaux devraient favoriser la coopération avec les groupes de la société civile susceptibles de les aider à aligner leur action sur les conventions internationales relatives au contrôle des drogues pour ce qui est d'étendre le rayonnement et la portée des interventions de traitement;

g) *Respecter les principes de justice et d'équité.* Il faudrait rendre les services de traitement facilement accessibles à tous ceux qui en ont besoin, en prêtant plus spécifiquement attention aux groupes de population particuliers ou aux segments marginalisés, défavorisés et vulnérables de la société, notamment aux femmes, aux enfants et aux adolescents, aux minorités sexuelles, aux groupes économiquement fragiles et aux minorités raciales et ethniques. Il convient de veiller à ce que les personnes touchées par la toxicomanie ne fassent pas l'objet de discrimination, y compris en rapport avec le type de drogues qu'elles consomment (substances placées ou non sous contrôle) et avec le fait d'avoir été ou non en contact avec le système de justice pénale. Les services de traitement dispensés dans les prisons ou autres lieux de détention doivent présenter le même niveau de qualité et d'intensité que ceux disponibles à l'extérieur; il faut s'assurer que toutes les personnes souffrant de troubles liés à l'usage de drogues peuvent exercer leur droit à un traitement;

h) *Prévoir une assurance maladie et d'autres prestations pour le traitement des troubles liés à l'usage de drogues.* Les personnes souffrant de dépendance à la drogue doivent avoir accès aux mêmes prestations et services de protection sociale que celles touchées par d'autres pathologies. Les troubles liés à l'usage de drogues doivent figurer parmi les états de santé pour lesquels des prestations d'assurance maladie sont prévues. De même, les pensions d'invalidité, lorsqu'elles existent, doivent être étendues aux personnes souffrant de toxicomanie;

i) *Améliorer l'accès aux médicaments placés sous contrôle.* Les politiques et procédures régissant les médicaments placés sous contrôle (comme la méthadone, la buprénorphine et les autres médicaments nécessaires au traitement de la toxicomanie) devraient être rationalisées pour faciliter l'accès à ces médicaments. Alors que le contrôle et le suivi des procédures sont essentiels pour prévenir le détournement et le mésusage de produits pharmaceutiques, des règles et procédures trop restrictives dissuadent les professionnels d'avoir recours à ces produits. Il est nécessaire de créer un environnement tel que les professionnels puissent assurer des services de traitement courants qui impliquent la prescription et la délivrance de médicaments placés sous contrôle, le cas échéant. Les lois et politiques nationales ne devraient pas faire de distinction entre les divers états de santé pour lesquels ces médicaments sont nécessaires. Ce devrait être au secteur et aux professionnels de la santé de prendre les décisions cliniques impliquant de choisir les médicaments en fonction des connaissances médicales du moment;

j) *Adopter une structure à plusieurs niveaux pour la prestation des services de traitement.* Des services de

traitement, de réadaptation et de réinsertion sociale doivent être disponibles dans des cadres variés. Le fait de trop s'appuyer sur des établissements spécialisés, tels que les centres de réadaptation spécialisés, peut être contre-productif dans la mesure où cette solution est susceptible d'entraîner une stigmatisation des usagers et de rendre les services difficiles d'accès et inabordables. Au lieu de cela, il faudrait mettre en place, à mesure que les moyens sont renforcés, une structure à plusieurs niveaux dans laquelle les problèmes communs et peu graves seraient traités par les services de soins de santé primaires et généraux, alors que les problèmes plus graves seraient pris en charge par des spécialistes. Une telle structure faciliterait le dépistage précoce et le traitement des personnes souffrant de troubles relativement peu graves et éviterait que leur dépendance à la drogue et ses conséquences n'empirent. Les gouvernements sont encouragés à utiliser les matériels de référence élaborés par l'OMS pour promouvoir la prévention et le traitement des troubles liés à l'usage de drogues dans les systèmes généraux de soins de santé au titre de la couverture sanitaire universelle⁶²;

k) *Passer de mesures de justice pénale à des mesures de santé et de protection sociale.* Les politiques nationales en matière de drogues doivent favoriser la prestation de services de traitement et de réadaptation et éviter de basculer incidemment vers des mesures de justice pénale face au problème de la drogue. Certains pays ont adopté d'importantes réformes juridiques et politiques à cet effet. Dans leur ensemble, les politiques suivies en matière de drogues au niveau national doivent être propices à la fourniture de services de traitement et de réadaptation s'appuyant sur des données factuelles; il faut veiller à ce que les droits fondamentaux des personnes souffrant de troubles liés à la drogue soient respectés à toutes les étapes et à ce que ces personnes ne soient pas la cible de discrimination, sous quelque forme que ce soit;

l) *Étendre la coopération, partager les meilleures pratiques et renforcer les capacités.* L'importance de la coopération internationale dans le domaine de la lutte contre la drogue est bien établie et a été soulignée dans de nombreuses publications de l'OICS et d'autres entités des Nations Unies, ainsi que dans diverses résolutions de la Commission des stupéfiants, du Conseil économique et social et de l'Assemblée générale. La coopération internationale est également cruciale pour améliorer et étendre la portée du traitement de la toxicomanie. Les États sont

⁶²OMS, *Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées: Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale* (Genève, 2010).

instamment priés de coopérer par la mise en commun de données concrètes et des meilleures pratiques ainsi que dans le domaine de la formation de ressources humaines à la prestation de services de traitement et de réadaptation;

m) *Apporter une assistance financière et technique aux pays à revenu faible ou intermédiaire.* De nombreux pays auraient besoin d'une aide financière et d'une assistance spécialisée pour mettre en place et maintenir des programmes de traitement de la toxicomanie qui soient conformes aux normes internationales. De nombreux pays développés et pays à revenu élevé où existent des marchés illicites de drogues placées sous contrôle sollicitent la coopération des pays en développement qui sont des points d'origine ou de transit des dites drogues. Ils devraient par conséquent rendre la pareille en fournissant une assistance financière et technique aux pays à revenu faible ou intermédiaire qui peinent à mettre en place et maintenir des services de traitement et de réadaptation. Les pays à revenu faible ou intermédiaire qui ont réussi à se doter des compétences voulues et à renforcer leurs capacités dans ce domaine sont encouragés à faire part de leur expérience aux autres pays. Les organismes donateurs internationaux et les organismes des Nations Unies pourraient jouer un rôle essentiel dans l'aide aux pays en développement à cet égard;

n) *Faire en sorte que les interventions de type nouveau fassent l'objet de recherches.* Les avancées scientifiques

enregistrées ces dernières décennies ont permis à la communauté internationale de s'attaquer de manière efficace et avec humanité aux problèmes que posent les troubles liés à l'usage de drogues. Cela étant, malgré les importants progrès réalisés dans le traitement de ces troubles, un certain nombre de défis demeurent. Si l'efficacité de la pharmacothérapie actuellement mise en œuvre en cas de troubles liés à l'usage d'opioïdes a été démontrée, on ne connaît toujours pas de traitement pharmacologie efficace pour les troubles liés à l'usage de cannabis et de stimulants. L'apparition de nouvelles substances psychoactives est un autre domaine dans lequel on ne possède encore que des connaissances évolutives concernant les effets, les conséquences et les modalités d'un traitement efficace. De nombreux pays et territoires ont procédé à d'importantes réorientations des politiques et réformes législatives en ce qui concerne les drogues placées sous contrôle, en particulier le cannabis. Il reste à voir quelle sera l'incidence de ces changements d'orientation sur les troubles liés à l'usage de drogues, ainsi que sur la demande de traitement qu'ils entraînent. Des formes d'intervention relativement nouvelles, telles que le traitement d'entretien à l'héroïne et les centres d'injection supervisés, sont appliquées dans un certain nombre de pays. L'OICS appelle à poursuivre les efforts afin de conduire à cet égard des travaux de recherche plus poussés qui permettent de fonder sur des données factuelles des traitements ou interventions qui soient conformes aux prescriptions des conventions internationales relatives au contrôle des drogues.